

# Huisarts & praktijk

## Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

UIT DE PROJECTGROEP TILBURG\*

### De tenniselleboog

Epicondylitis lateralis humeri is een aandoening die klinisch wordt gekarakteriseerd door pijn in de laterale elleboogstreek en drukgevoeligheid van de laterale epicondylus of het radiohumerale gewricht. Op het eerste gezicht een simpele aandoening, maar voor de huisarts is de herkenning en behandeling van patiënten met dit symptomencomplex toch niet geheel zonder problemen. Welke problemen dat zijn, heeft een groep Tilburgse huisartsen uitgezocht.

#### Inleiding

Het Projectenplan van het N.H.G. beoogt de ontwikkeling van een methode waarbij groepen huisartsen door studie en discussie komen tot aanbevelingen, richtlijnen of normen voor het huisartsgeneeskundig handelen. Het epicondylitisproject was een van de bouwstenen voor de in 1980 gepubliceerde *Handleiding voor huisartsenprojectgroepen*.

De deelnemers zijn uitgegaan van een paar algemene vraagstellingen:

- welke vooronderstellingen leven onder de deelnemers ten aanzien van de tenniselleboog?
- welke vragen worden in de praktijk gesteld om tot een diagnose te komen?
- wat voor onderzoek wordt verricht?
- welke therapieën schrijven deze artsen voor?

Tijdens een „brainstorm” werden uiteenlopende vooronderstellingen naar voren gebracht. De deelnemers meenden te maken te hebben met een beroepsziekte, een vrije-tijdsziekte of zelfs een huisvrouwenziekte. Toch vroeg iedereen zich af wat nu eigenlijk de oorzaak van het verschijnsel zou kunnen zijn. Over de relatieve frequentie bij mannen en vrouwen bestonden tegengestelde opvattingen. Volgens sommigen zou de aandoening vooral bij

\* De projectgroep bestaat uit M. Boormans, M. Cottaar, J. Gerards, S. Gerbranda, M. van Poppel, W. Verheggen, J. Verwer en W. Wouts, allen huisarts in Tilburg en omstreken. Het verslag is van de hand van Drs. K. Blanken, als socioloog verbonden aan het N.H.G.

vrouwen voorkomen, volgens anderen juist vooral bij mannen. Iedereen was het ermee eens dat de tenniselleboog veel voorkomt in de huisartspraktijk, maar niemand wist precies hoeveel. De groep wist eigenlijk niet goed raad met het verschijnsel. Sommigen meen-

Tabel 1. Vragen, onderzoek en therapie bij de tenniselleboog, zoals opgesomd door de leden van de projectgroep.

#### Vragen

- Hoe lang heeft u al last?
- Wanneer doet het pijn?
- Heeft u ook pijn aan de andere arm?
- Zijn er andere gewrichtspijnen?
- Zijn er nek- en schouderklachten, of prikkelingen in de hand?
- Heeft u dit al reeds gehad?
- Waar zit de pijn, wijs het eens aan?
- Is de arm wel eens dik?
- Heeft u minder kracht in de arm?
- Is de andere kant van de elleboog ook pijnlijk?
- Straalt de pijn uit?
- Bent u rechts- of linkshandig?
- Wat is de oorzaak?
- Komt het in de familie voor?
- Wat denkt u zelf dat het is?
- Is het acuut begonnen of niet?
- Wat is uw beroep, wat doet u precies?
- Doet u veel aan sport?
- Is er ziekteverzuim?
- Hoe ernstig vindt u het zelf?
- Heeft u er zelf al iets aan gedaan?
- Laat u wel eens iets uit uw handen vallen?
- Wat is uw leeftijd?

#### Onderzoek

- lokaal onderzoek (drukpijn, ook de andere arm onderzoeken);

den dat de aandoening altijd erg lang bleef duren, of dat zij de patiënt vaak zouden terugzien. Men stelde elkaar gerust met de vooronderstelling dat de tenniselleboog in ieder geval niet iets zeer ernstigs zou zijn. Verder leefde vrij sterk de opvatting dat het een geschikte klacht was om ziekte te simuleren.

In *tabel 1* wordt een overzicht gegeven van wat de deelnemers zeiden te vragen, te onderzoeken en te doen bij patiënten met een tenniselleboog. Daarnaast leidde de „brainstorm” tot een aantal vragen die de deelnemers nader wilden onderzoeken, en wel met betrekking tot het stellen van de juiste diagnose, het ontstaan van de klacht, de samenhang met andere klachten en met ziekteverzuim en het effect van de verschillende therapieën. Men besloot een jaar lang alle gevallen van tenniselleboog te registreren (*tabel 2*), een literatuuronderzoek in te stellen en enkele specialisten en een fysiotherapeut te vragen naar hun opvattingen over de aard van de aandoening en de diagnostische mogelijkheden.

#### Epidemiologie

*Lamberts* vermeldt een prevalentie van vijf oude en nieuwe aandoeningen per

- rudiaskopje betasten;
- voelen van de gewrichtsspleet;
- knijpen;
- tegen weerstand in bewegen;
- de beweeglijkheid van nek en schouders controleren;
- het betasten van de lange extensoren;
- nagaan of zwellingen rondom het gewricht bestaan;
- nagaan of de elleboog warmte uitstraalt;
- nagaan of van atrofie sprake is;
- onderzoek van de reflexen;
- het palperen van de arteria;
- nagaan of er een litteken is;
- kijken welke bewegingen de patiënt maakt met de elleboog.

#### Therapie

- rust;
- toediening van warmte;
- eenvoudige, orale pijnstillers;
- regels voor het gebruik van de elleboog;
- smeermiddelen;
- fysiotherapie;
- inspuitingen met corticosteroiden (wel of niet in samenstelling met analgetica);
- operatie.

Tabel 2. De geregistreerde gegevens.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- geslacht;</li> <li>- leeftijd;</li> <li>- recidief of eerste maal;</li> <li>- duur van de klacht bij het eerste consult: recent is korter dan 1 week/lang betekent klachten langer dan 1 week;</li> <li>- rechts, links of beide;</li> <li>- provocatie testen: pijn bij dorsoflexie van pols/pijn bij pronatie van onderarm/pijn bij bovenhandsheffen van stoel;</li> <li>- duur van behandeling;</li> <li>- werkverzuim;</li> <li>- werk verzuimd - duur van klachten;</li> <li>- werk niet verzuimd - duur van klachten;</li> <li>- oorzaak en al of niet bestaan van relatie met het beroep;</li> <li>- aanleiding van consult (of pijn in elle-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>boog of andere klachten die leiden tot consult);</li> <li>- therapie: passieve rust; medicamenteus; actieve immobilisatie; fysiotherapie; injecties; geen therapie; verwijzing;</li> <li>- wijzigingen in therapie;</li> <li>- eensoortige behandeling die resultaat boekte: rust; medicamenteus; actief immobiliseren; fysiotherapie; injecties; geen therapie;</li> <li>- aantal injecties met resultaat;</li> <li>- correlatie duur van behandeling en therapieën;</li> <li>- ernst van de klacht volgens patiënt;</li> <li>- ernst van de klacht volgens huisarts;</li> <li>- correlatie duur van behandeling en ernst van de klacht volgens patiënt en oordeel van de arts;</li> <li>- seizoengebondenheid.</li> </ul>
--	--

duizend ingeschreven patiënten per jaar. Bij deze morbiditeitsstudie zijn vier huisartsen betrokken; bij een van hen was de prevalentie 1 en bij een ander 9.

Uitgaande hiervan werd verwacht dat in de acht praktijken van de deelnemers aan het project gedurende één jaar tussen de twintig en tweehonderd gevallen met een tenniselleboog zouden voorkomen. Het zijn er precies honderd geworden. Dit betekent dat iedere huisarts uit de groep per maand één à twee patiënten met een tenniselleboog tegenkwam. Van vrijwel alle patiënten lag de leeftijd tussen 30 en 60 jaar, met als piek 40 tot 50 jaar (tabel 3). Dit is in overeenstemming met de literatuur. De projectgroep is er bij de bewerking van de resultaten niet toe gekomen onderlinge verschillen tussen de praktijken op te sporen. De aard van eventuele inter-dokter variatie bleef dus onbekend.

Literatuur, consultatie van specialisten en het registratieonderzoek leidden tot de volgende bevindingen:

Aan de rechterarm komt de tenniselleboog twee keer zoveel voor als aan de linkerarm, terwijl twee „dubbele gevallen” geconstateerd zijn. Dit wijkt enigszins af van de literatuur, waar de ver-

Tabel 3. Epicondylitis naar leeftijd en geslacht, juni 1978 - juni 1979. N = 100.

Leeftijden	Mannen	Vrouwen	Totaal
20-29 jaar	2	2	4
30-39 jaar	16	10	26
40-49 jaar	16	19	35
50-59 jaar	18	8	26
60+ jaar	5	4	9
Totaal	57	43	100

houding 5:2:1 genoemd wordt. Uit de registratie bleek verder dat de tenniselleboog meer voorkomt bij mannen dan bij vrouwen, hetgeen afwijkt van wat in de literatuur vermeld staat.

Een opmerkelijk gegeven uit de registratie is dat niet minder dan 30 procent van de patiënten met een tenniselleboog voor een andere klacht op het spreekuur komt. Er bestaat met andere woorden een vrij grote groep mensen die een tenniselleboog geen aanleiding vindt tot doktersbezoek. Dit benadrukt ook het belang van een goede vraagverheldering zodat de patiënt in de gelegenheid is alle klachten die hij kwijt wil aan de huisarts, te uiten.

Uit de registratie blijkt voorts dat de meeste gevallen van een tenniselleboog in de wintermaanden voorkomen. In de vakantieperiode (juli en augustus) zijn slechts twee gevallen genoteerd. In ongeveer de helft van de gevallen kon de groep een verband leggen tussen het voorkomen van de klacht en bepaalde handelingen die de patiënten verrichten. Een duidelijke relatie met het beroep was er niet (tabel 4). Ook waren er geen aanwijzingen om van een huisvrouwenziekte te spreken. Patiënten die een beroep uitoefenden, verzuimden in de helft van de gevallen (tabel 5). Waarschijnlijk is het ziekteverzuim vooral terug te voeren op factoren die in de patiënt of diens omgeving liggen. Er waren geen aanwijzingen dat deze klacht geschikt zou zijn voor simulatie. Waarschijnlijk zegt deze vooronderstelling dan ook vooral iets over de houding van de deelnemers tegenover arbeidsverzuim en ziekte.

De duur van de klachten werd gemeten door alle patiënten steeds na twee weken terug te laten komen, tot er geen

klachten meer waren, waarbij als criterium werd gehanteerd het negatief worden van de provocatietests. De lengte van de klachtenperiode stemt overeen met de literatuurgegevens: van minder dan 1 maand tot meer dan 12 maanden. In 30 procent van de geregistreerde gevallen was sprake van een recidief (het opnieuw optreden van klachten binnen drie maanden). In de meerderheid van de gevallen blijken de klachten niet lang aan te houden (tabel 6).

### Anamnese en onderzoek

De vraag naar de precieze plaats van de pijn vindt de groep de voornaamste. Daarnaast is het van belang te informeren naar het recidiverende karakter van de aandoening en goed door te vragen naar de handelingen die de patiënt met de betreffende arm verricht om zodoende een mogelijke oorzaak op het spoor te komen. Wanneer (druk)pijn bestaat ter hoogte van de laterale epicondylus, is dit het voornaamste gegeven voor de diagnostiek. Het onderzoek naar de drukpijnlijke plaatsen geeft dan ook de belangrijkste aanwijzing. Uit de literatuur blijkt dat de pijn niet alleen op de epicondylus voorkomt, maar ook - en soms meer - op het radiuskopje.

Uit het gesprek met de orthopeed blijkt dat het röntgenonderzoek meestal geen afwijkingen laat zien. Soms wordt een kalkvlek op de epicondylus gezien. Thermografie zou mogelijk nuttige aanwijzingen kunnen geven. De groep voelt zich niet competent hierover een

Tabel 4. Relatie tussen beroep en klachten. N = 100.

Wel relatie met beroep	43
Geen relatie met beroep	23
Relatie met beroep onbekend	34

Tabel 5. Arbeidsverzuim bij epicondylitis. N = 100.

Wel verzuim	31
Geen verzuim	32
Niet van toepassing (huisvrouw, WAO, AOW)	37

Tabel 6. Duur van de behandeling (inclusief niet teruggekomen na eerste consult). N = 100.

Duur	Aantal
1-2 weken	52
3-4 weken	12
5-6 weken	10
> 6 weken	26

uitspraak te doen. Men meent dat het niet op het terrein van de huisartsge-neeskunde ligt een zo uitgebreid onder-zoek in te stellen. Bovendien zou dit de patiënt te veel belasten.

Het is de vraag of het onderzoek naar de drukpijnlijke plaatsen het enige onder-zoek kan zijn om de diagnose epicondy-litis lateralis humeri te stellen. De deel-nemers hebben naar een methode ge-zocht die de uitkomsten van het lokale onderzoek kan versterken. Zij stuitten daarbij op een drietal tests. Deze zijn in het registratieformulier opgenomen. Achteraf waren de onderzoekers una-niem van mening, dat deze tests door hun eenvoud en hun gemakkelijke toe-pasbaarheid van groot praktisch nut zijn voor de huisarts.

**Test 1. Dorsaalflexie tegen weerstand in:**

- patiënt wordt verzocht hand dorsaal-waarts te flexeren (figuur 1);
- onderzoeker probeert de hand in vol-air flexie te brengen, terwijl de patiënt probeert de hand in dorsaalflexie te houden (figuur 2)
- de test is positief als de patiënt pijn ter plaatse van de laterale epicondyl aan-geeft.

**Test 2. Maximale passieve pronatie met volairflexie van de pols** provooert de pijn ter plaatse van de epicondylus (figuur 3).

**Test 3. Het bovenhands heffen van een stoel:**

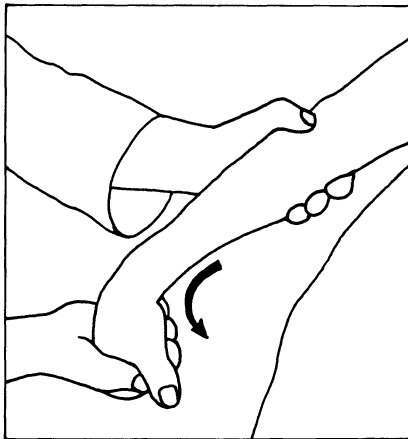
- patiënt is niet in staat een stoel bij de leuning op te tillen in bovengreep, doch zeer goed in ondergreep;
- de test is positief bij pijn ter plaatse van het epicondyl.

Uit de registratie bleek dat de eerste test in 81 procent van de gevallen positief was; bij de tweede was dat 67 procent en bij de derde 85 procent (zie ook tabel 7). Dat betekent dat de tests zich goed lenen als aanvulling bij het stellen van de diagnose.

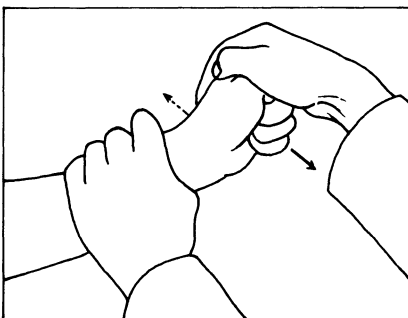
Tabel 7. Uitkomsten van de provocatietests. N = 100.

(Combinatie van) afzonderlijke tests	Aantal gevallen positief	Aantal tests positief	Aantal gevallen
1 + 2 + 3	54	3	54
1 + 2	6	2	27
1 + 3	17		
2 + 3	4		
1	4	1	17
2	3		
3	10		
-	2	-	2

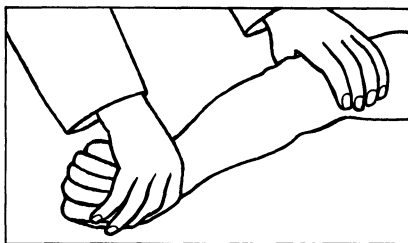
Figuur 1. Patiënt wordt verzocht hand dorsaalwaarts te flexeren.



Figuur 2. Onderzoeker probeert de hand in volair flexie te brengen, terwijl de patiënt probeert de hand in dorsaalflexie te houden.



Figuur 3. Maximale passieve pronatie met volairflexie van de pols provooert de pijn ter plaatse van de epicondylus.



## De therapie

Bij iedereen bestond al aan het begin van het project twijfel over het nut van fysiotherapie bij de tenniselleboog. Het bleek dat in de literatuur sinds 1957 geen aanbevelingen meer gedaan zijn over de toepassing van fysiotherapie bij deze klacht. De gesprekken met de specialisten en de fysiotherapeut brachten aan het licht dat fysiotherapie niet geïndiceerd is bij de tenniselleboog. Algemeen is daarom besloten patiënten met een tenniselleboog in de toekomst niet meer te verwijzen naar de fysiotherapeut.

Over het inspuiten van corticosteroiden is eveneens veel gediscussieerd. Het

ging hierbij niet zozeer om het resultaat van de injecties, maar om de vragen: waar, wanneer en hoe vaak? Uit de literatuur blijkt dat de werking van de injecties niet precies bekend is. Er zijn experimenten die aantonen dat cortisonpreparaten de vorming van de matrixsubstantie (proteoglycanen) remmen, terwijl bovendien in het beschadigde weefsel de reparatieve processen worden afgeremd. Een hoge concentratie van corticosteroiden kan atrofie van de spieren, pezen en ligamenten veroorzaken. Bovendien zou regelmatig lokale atrofie van de subcutis optreden. In de literatuur bestaat geen eenduidige mening over het gebruik van corticosteroideninjecties lokaal bij de behandeling van epicondylitis lateralis. Enerzijds worden de gunstige, klinische resultaten bij een aantal surménageletsels van lokale injecties met cortisonpreparaten als schijnresultaten gezien: de gevolgen van de anatomische beschadigingen worden weliswaar bestreden, maar de beschadigde anatomische structuur zelf wordt nog verder geladeerd. Anderzijds wordt gesteld dat er geen twijfel over bestaat dat een snelle verbetering van de symptomen bij het overgrote deel van de patiënten te zien was wanneer een injectie met corticosteroiden werd toegediend. Het herhaald geven van corticosteroiden wordt afgeraden. Een maximum van drie is genoemd. In totaal zijn in 46 gevallen lokale injecties gegeven. De meeste injecties waren eenmalig, in twee gevallen is tot vier keer gespoten.

De andere toegepaste therapieën waren:

- orale pijnstillers;
- actieve immobilisatie (drukverband, zwachtel);\*
- passieve rust;
- in de begintijd van het project is in tien gevallen fysiotherapie voorgeschreven (tabel 8).

In een derde van de gevallen werd de therapie gewijzigd. In zeventien gevallen was sprake van een combinatie van twee therapieën, vooral orale pijnstillers en actieve immobilisatie. In ruim 50 procent der gevallen gaven de klachten geen aanleiding tot nieuwe consultatie of de patiënten waren genezen binnen twee weken (zie ook tabel 6).

\* Een speciale epicondylitisband, te verkrijgen bij sportzaken, is door niemand geadviseerd, maar wordt hier volledigheidshalve genoemd. Deze band kan worden aangelegd rond het proximale gedeelte van de onderarm. Deze band comprimeert de onderarm-musculatuur zonder de bloedsomloop van de onderarm te beïnvloeden. De directe belasting op de epicondylus lateralis zou hiermee worden vermindert. De exacte biomechanische functie is niet duidelijk.